LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Traitement de la tuberculose génitale par les injections de chlorure de zinc, par le Dr Desnos, 769. — **Ophthalmologie** : Le pavillon d'isolement des Quinze-Vingts pendant le 1er trimestre de 1893, par le Dr A. Chevallereau, 771. — **Bibliographie** : La blennorrhagie chez l'homme, par le Dr F. P. Guiard, 772. — Formulaire de l'hypodermie, par les Drs Cancalon et Maurange, 773. — **Académie de médecine** : *Séance du 4 décembre* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — Les eaux d'Aix-les-Bains, 774. — Anévrysmes iliaque droit et inguinal gauche traités par l'extirpation ; guérison, 774. — Syphilome ano-rectal avec rétrécissement du rectum, 774. — Tractions rythmées de la langue, 774. — Instruction sur les soins à donner aux victimes des accidents électriques, 775. — L'essence des mélaleuques dans le traitement des maladies microbiennes vulgaires de l'appareil respiratoire, 775. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 23 novembre* 1894. — Présidence de M. Ferrand. — Discussion sur l'appendicite, 775. — Amyotrophie progressive unilatérale, 776. — **Premier Congrès français de médecine interne**, tenu à Lyon du 25 au 29 octobre 1894, sous la présidence de M. le prof. Potain. — Discussion sur le chimisme stomacal, 776. — **Congrès français de chirurgie**, 8e session tenue à Lyon, du 9 au 13 octobre (suite et fin). — Quatre-vingt-sept trépanations de l'apophyse mastoïde, 779. — Traitement de l'hydrocèle vaginale, 780. — Fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, 780. — Les fractures anciennes du col du fémur. Leur traitement opératoire, 780. — Fracture esquilleuse de la clavicule ; compression nerveuse ; esquillotomie ; suture osseuse. Guérison, 781. — Rôle des crayons de chlorure de zinc dans certains fibromes utérins, 781. — Traitement chirurgical de l'hydrocéphalie chronique, 781. — **Société de chirurgie** : *Séance du 5 décembre* 1894. — Présidence de M. Lucas-Championnière. — Hydronéphrose bilatérale intermittente, 781. — Luxation du coude en arrière, primitivement irréductible. Arthrotomie, 782. — Ligature de l'artère iliaque externe, 782. — Traitement d'un abcès du foie compliqué d'ascite par la méthode de Little, 782. — Double pied bot varus, 782. — Double genu-valgum. Double ostéotomie, 782. — Plaie du crâne par balle de revolver, 782. — **Intérêts professionnels** : Le projet de la loi sur la pharmacie, 782. — **Nouvelles**, 784. — **Bulletin bibliographique**, 784.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traitement de la tuberculose génitale par les injections de chlorure de zinc (1).

Par le Dr Desnos,
Ancien interne des hôpitaux.

Si beaucoup de tuberculeux génito-urinaires sont de véritables *noli me tangere* et voient leurs symptômes s'aggraver à chaque tentative de traitement local, il y a est une autre classe, assurément plus nombreuse, chez qui une thérapeutique active apporte une amélioration notable. Nous n'avons pas à rapporter ici combien sont efficaces les instillations de sublimé, les injections intra-vésicales d'iodoforme ou des lavages avec d'autres antiseptiques ; mais, ces moyens s'adressent uniquement à la muqueuse et aux lésions superficielles.

A cela ne se bornent peut-être pas les ressources thérapeutiques. La méthode sclérogène, dont le professeur Lannelongue a montré l'efficacité contre les affections articulaires, a été souvent appliquée à d'autres tuberculoses locales. Avec plusieurs chirurgiens, j'ai pensé qu'elle pouvait convenir à certaines formes de tuberculoses génitales et je viens rapporter ici les résultats que j'ai ainsi recueillis.

Le premier malade que j'ai traité par cette méthode était porteur d'une épididymite droite, assez volumineuse, presque limitée à la tête de l'organe et n'ayant jamais subi de poussées aiguës. Les lésions tuberculeuses des autres organes de l'appareil génital étaient insignifiantes. Je pratiquai tout autour de la masse tuberculeuse, en trois points, des piqûres à l'aide d'une seringue de Pravaz et je déposai chaque fois deux gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 1/10. Presque nulle au début, la douleur devint très vive au point injecté, quelques minutes après, puis sembla se diffuser dans tout le scrotum et nécessita l'injection hypodermique de 1 centigramme de morphine. Elle se calma quatre heures après, peu à peu. Le lendemain et les jours suivants, les phénomènes inflammatoires furent peu intenses ; on constata une rougeur légère des téguments et une douleur vive à la pression ; les douleurs spontanées étaient presque nulles. Au huitième jour, tout phénomène réactionnel avait disparu ; au vingtième, on constatait une induration périphérique marquée. Je renouvelai alors une deuxième série d'injections, en 4 points : les phénomènes consécutifs furent les mêmes ; au vingt-cinquième jour l'induration de la masse tuberculeuse était très prononcée, mais sans grande diminution de volume. Deux mois après, au contraire, l'atrophie était très marquée.

Le deuxième malade présentait des lésions bilatérales à peu près également développées des deux côtés. Je pratiquai chez lui des injections de deux gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 10 p. 100, non plus à la périphérie des productions tuberculeuses, mais au centre. La douleur fut cette fois encore très vive, nécessitant l'emploi de la morphine, et dura cinq à six heures. Une réaction inflammatoire assez violente se manifesta, puis se calma le troisième jour, et le dixième jour on constatait déjà une induration. Quinze jours après,

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 24 novembre 1894.

nouvelle injection interstitielle centrale, mêmes phénomènes douloureux, puis induration et atrophie de la production tuberculeuse. Troisième injection vingt-cinq jours après, qui accentue l'atrophie des masses morbides : celles-ci n'ont cependant pas complètement disparu, car le traitement ne peut être continué.

Chez quatre autres malades, le traitement fut appliqué, mais la solution employée fut à 5 p. 100. La douleur, dans tous ces cas, a été très supportable. Dans deux cas, les choses se passèrent comme dans les observations précédentes : l'induration fut lente à se produire, mais les injections ont pu être renouvelées un plus grand nombre de fois, et dans un cas, — au début, il est vrai, — la disparition complète des noyaux épididymaires a été obtenue ; chez l'autre, après cinq injections et quatre mois de traitement, une induration a persisté, mais les noyaux ont presque complètement disparu.

Notre cinquième observation est un insuccès. Les masses tuberculeuses étaient volumineuses ; l'une d'elles avait présenté, quelque temps auparavant, des signes douteux de suppuration. L'injection en ce point donna lieu à la formation ou tout au moins au développement d'un abcès volumineux qui fut incisé. Au contraire, chez notre sixième malade, il existait un trajet fistuleux consécutif à l'ouverture spontanée d'un foyer. Des injections à 5 p. 100 furent pratiquées dans le tissu induré tout autour du trajet fistuleux. Après une légère recrudescence de l'écoulement pendant les premiers jours, celui-ci diminua en même temps que les tissus indurés ; à la suite de la cinquième injection interstitielle, l'écoulement cessa définitivement : les masses tuberculeuses avaient diminué des deux tiers.

Tels sont, rapidement résumés, les premiers cas de tuberculose testiculaire que j'ai traités et que j'ai présentés, il y a quinze mois environ, au congrès pour l'étude de la tuberculose.

Depuis ce temps, j'ai eu occasion de traiter dix autres épididymites tuberculeuses par le même procédé, et les résultats ont été sensiblement les mêmes. Sept ont été améliorés : chez deux d'entre eux, les lésions ne sont plus cliniquement appréciables, les épididymes sont normaux et on ne sent même plus d'induration au niveau des piqûres. Quatre autres malades présentent encore des bosselures à la tête de l'épididyme très dures, à peine sensibles à la pression, sans trace d'inflammation périphérique. Chez un malade atteint de trajet fistuleux, la suppuration tarit au bout de quatre mois à la suite de trois séries d'injections.

Par contre, deux malades, chez qui les lésions tuberculeuses avaient apparu au cours d'une blennorragie et présentaient des phénomènes d'acuité, ont vu les lésions présenter, à la suite des piqûres, une recrudescence qui fut inquiétante quelque temps, puis diminua sans accident grave ; mais les lésions épididymaires sont restées stationnaires. Enfin, dans un cas, un abcès survint à la suite d'une injection de chlorure de zinc à 5 p. 100, ce qui porte à 2 les accidents de suppuration survenus sur les 16 épididymites tuberculeuses ainsi traitées.

Ce traitement a été également appliqué aux lésions de la prostate. Trois voies permettent d'aborder cette glande pour y injecter du chlorure de zinc, les voies rectale, hypogastrique et périnéale; elles ont toutes été suivies. C'est par le rectum que j'ai commencé à aborder cette glande chez 3 malades, chez le premier d'entre eux, je me suis servi d'un spéculum qui ne facilite guère les manœuvres, chez les 2 derniers, d'une simple valve. La masse tuberculeuse étant reconnue, j'ai perforé la muqueuse rectale à ce point à l'aide de l'aiguille d'une seringue de Pravaz et j'ai injecté deux gouttes de chlorure de zinc au 1/10e dans chacune des masses accessibles. Les résultats ont été bons chez les deux premiers malades, les masses se sont indurées puis atrophiées ; mais chez le 3e malade un abcès s'est formé : quoique la terminaison ait été heureuse, l'état du malade a été grave pendant quelque temps ; par cette voie, l'asepsie restera toujours illusoire et, si petite que soit la plaie faite par l'aiguille, elle expose à l'infection. Aussi, je ne pense pas que ce mode opératoire soit recommandable et, pour ma part, j'y ai renoncé.

Tout récemment, j'ai porté l'injection dans le tissu de la prostate par sa face supérieure, la création d'une fistule hypogastrique avait été décidée chez un malade pour atténuer la violence d'un état vésical très douloureux. J'ai profité de ce que cette voie était accessible pour modifier de grosses masses prostatiques tuberculeuses. J'employai ici le procédé opératoire que je viens de décrire et, sur 6 points différents, je fis passer au travers de la muqueuse du col vésical l'aiguille d'une seringue de Pravaz aseptique qui pénétra jusqu'aux noyaux tuberculeux ; deux gouttes de chlorure de zinc au 10e furent injectées chaque fois. Des douleurs périnéales assez vives se montrèrent pendant la journée mais diminuèrent dès le lendemain. L'empâtement de la région prostatique devint de suite plus considérable, mais diminua peu à peu, et les masses tuberculeuses s'atrophièrent. L'opération date du 24 juin 1893 : au mois de novembre suivant la prostate avait repris à peu près ses dimensions normales, sa surface paraissait seulement un peu inégale, mais sans bosselures nettement isolées ; la douleur avait complètement disparu. J'ajoute que la vessie était restée ouverte trois mois environ et que la cystite a été sensiblement améliorée.

Il est évident que c'est exceptionnellement qu'on sera conduit à agir sur la prostate en prenant par l'hypogastre. C'est par la voie périnéale, déjà suivie par Horteloup, qu'on fait courir le moins de risques au malade et qu'on agit le plus sûrement. Bien que je n'aie eu que deux fois l'occasion de l'utiliser, je n'hésite pas à la considérer comme la méthode de choix.

On pratique une incision analogue à celle de la taille prérectale, de préférence à la boutonnière de Thomp-

son; l'index de la main gauche s'introduit dans le rectum d'une part, de l'autre un cathéter dans l'urètre, servant de guide, et, en utilisant le moins possible le bistouri, on arrive sur la prostate; la large plaie ainsi créée permet de bien découvrir cette glande, d'y reconnaître les bosselures et les foyers tuberculeux et d'y conduire à coup sûr la pointe de l'aiguille de Pravaz. Il est prudent de ne pas suturer complètement la plaie et d'y placer un drain. Mes deux malades ont objectivement guéri, et les indurations prostatiques, appréciables par le toucher rectal, ont disparu.

Cette manière d'agir paraît tout d'abord constituer une opération importante et être plus grave que les piqûres à travers la paroi rectale. Mais en réalité les risques opératoires sont presque nuls; l'antisepsie est assurée et on sait combien rapidement guérissent les plaies périnéales.

Le nombre des cas où la méthode sclérogène a été appliquée à la tuberculose de la prostate est encore trop peu considérable pour qu'on puisse porter un jugement sur ces opérations. Néanmoins, en me limitant à ces faits personnels, quelques indications me paraissent en résulter. Tout d'abord il faut éliminer les cas aigus; lorsque l'on a constaté, soit dans l'épididyme, soit dans la prostate, la présence d'un foyer en voie de ramollissement, ou même un empâtement de quelque étendue autour d'un noyau, il faut se garder de faire pénétrer dans ces tissus une injection de chlorure de zinc. Des abcès qui n'auraient peut-être pas eu lieu ont apparu deux fois dans ces circonstances. J'ajouterai même qu'une inflammation de voisinage me paraît également une contre-indication, et en particulier une urétrite concomitante; dans ces cas il est prudent de s'abstenir si l'inflammation est aiguë. Une urétrite chronique m'a paru, au contraire, n'exercer aucune fâcheuse influence sur la marche des lésions après injection interstitielle.

C'est donc aux masses tuberculeuses bien isolées, bien nettes, à contours réguliers, à ces noyaux qui semblent des corps étrangers incrustés dans les tissus, c'est à ces cas que conviennent les injections interstitielles. Si l'injection est faite aseptiquement il n'y a aucun danger de voir une inflammation aiguë s'y développer et il ne faut pas s'effrayer de la réaction des premiers jours. Presque toujours une atrophie en résulte, et on voit le noyau tuberculeux diminuer, s'affaisser et disparaître : souvent même le processus atrophique n'est pas limité exactement au produit morbide, mais se propage à une petite zone du tissu normal périphérique.

Ainsi qu'on l'a vu par l'exposé sommaire des faits, les lésions de l'épididyme et celles de la prostate sont également justiciables de ce traitement. Dans l'épididyme il reste toujours, même dans les cas les plus favorables, une induration fibreuse, cicatricielle, après la résorption des produits morbides. Dans la prostate, le travail de réparation semble plus complet et, dans deux cas en particulier, il était difficile de retrouver par le toucher rectal les traces des lésions disparues.

Le procédé opératoire est partout le même; les injections réussissent mieux lorsqu'on les fait autour de la masse tuberculeuse qu'à son centre même. La réaction inflammatoire est un peu plus étendue et plus diffuse, il est vrai, mais le résultat plus certain. Je signalerai surtout les deux cas de trajets fistuleux qui ont disparu spontanément après une série d'injections périphériques, et sans que ces trajets eux-mêmes aient été intéressés.

OPHTHALMOLOGIE

Le pavillon d'isolement des Quinze-Vingts pendant le 1er trimestre de 1893.

Par le Dr A. Chevallereau.

Pendant le premier trimestre de 1893, 80 malades ont été admis au pavillon d'isolement, soit 28 en janvier, 30 en février et 22 en mars.

Ces malades doivent être ainsi répartis au point de vue du sexe, de l'âge et des maladies dont ils étaient atteints :

Sexe masculin	44
— féminin	36
Age de 0 à 1 an	19
— de 1 à 5 ans	9
— de 5 à 15 ans	13
— au-dessus de 15 ans	39

Les 19 enfants de moins d'un an étaient tous atteints d'*ophthalmie purulente des nouveau-nés*. Le plus jeune avait huit jours lors de son admission, le plus âgé en avait trente-sept. Ce dernier avait d'ailleurs à son entrée une ulcération totale de la cornée gauche et une ulcération partielle de la cornée droite. Il est profondément regrettable que tous ces enfants aient été amenés à la clinique d'un façon aussi tardive, le plus souvent sans avoir reçu antérieurement des soins bien efficaces. La clinique, l'hôpital ne suffisent pas; ce n'est pas assez d'attendre qu'on apporte les enfants déjà contaminés, il faut que la mère soit prévenue avant son accouchement de l'apparition possible d'une ophthalmie purulente chez son enfant et des moyens de l'en préserver; il faut en outre que dans le cas d'apparition possible de cette ophthalmie des soins intelligents soient immédiatement donnés.

Sur ces 19 enfants, 9 se sont présentés avec des cornées atteintes d'une façon plus ou moins prononcée et n'ont pu être qu'améliorés, 8 avaient leurs cornées intactes et sont repartis de même; 2 enfin, qui avaient les cornées très claires lors de leur admission, ont eu pendant leur séjour une très légère altération de l'une des cornées.

Trois malades n'avaient que de la *conjonctivite ca-*

tarrhale et n'ont fait qu'un court séjour au pavillon.

Trois malades avaient de la *conjonctivite purulente blennorrhagique;* l'un avait une cornée déjà ulcérée dans toute son étendue, presque entièrement détruite même et faisant corps avec l'iris; le second n'avait qu'une ulcération partielle de la cornée qui a modérément augmenté après son entrée au pavillon; le troisième enfin avait les cornées intactes et est parti complètement guéri.

Nous avons reçu des malades atteints d'*ophthalmie purulente* d'origine plus ou moins nette, mais dans plusieurs cas la contagion a été facilement retrouvée. L'histoire de deux d'entre eux est même lamentable. Une femme de 73 ans, Mme D..., a contracté une ophthalmie purulente très grave en donnant des soins à son petit-fils atteint d'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Lorsqu'elle est venue à la clinique la cornée gauche était entièrement détruite. La cornée droite s'est ulcérée peu après à la partie inférieure et malgré nos soins la maladie s'est terminée par une perforation de la cornée avec enclavement de l'iris, les deux tiers supérieurs de la cornée restant heureusement transparents.

Une sage-femme de 60 ans, qui depuis une quarantaine d'années avait une cataracte traumatique de l'œil gauche avec adhérence de l'iris dans la cicatrice portant sur le limbe scléro-cornéen, sans grande perception lumineuse, contracte sur le seul œil qui lui restait une ophthalmie purulente près d'un nouveau-né qu'elle venait de mettre au monde. La cornée tout entière fut rapidement détruite et elle était en bouillie quand cette pauvre femme entra au pavillon d'isolement. Lorsque toute suppuration fut tarie, nous avons pratiqué l'extraction de la cataracte sur l'œil gauche et pu donner au moins à cette malade une vision suffisante pour se conduire.

Un enfant de 2 ans est entré avec une ophtalmie purulente paraissant avoir été contractée près de son petit frère atteint d'ophtalmie purulente des nouveaunés.

Une jeune femme de 24 ans, atteinte de pertes blanches épaisses et abondantes, se livra un jour à cette sotte pratique, encore assez répandue, de se laver les yeux avec son urine. Elle contracta ainsi une ophtalmie purulente qui se termina par un leucome presque total de la cornée droite.

Pour en finir avec les méfaits de l'ophtalmie purulente, nous devons signaler le fait le plus navrant que nous ayons observé pendant notre passage au pavillon. Malgré la surveillance du personnel, en nombre insuffisant d'ailleurs malgré son entier dévouement, il y avait un contact à peu près continuel entre les divers malades internés, qui, en particulier, se livraient volontiers ensemble au jeu de domino.

Au commencement de mars, alors que nous avions dans le service deux ophtalmies purulentes blennorrhagiques, nous avons vu survenir chez quatre granuleux une ophtalmie purulente d'une grande intensité. Trois ont complètement guéri, mais le quatrième y a laissé une de ses cornées, et a fait de l'autre côté une ulcération de la cornée, avec enclavement de l'iris. Le fait nous a d'autant plus navré que le malade, un enfant de 16 ans, était complètement guéri de ses granulations et attendait la fin de la guérison de sa sœur, également granuleuse, et qui allait sortir avec lui.

31 *granuleux* ont séjournés au pavillon pendant le trimestre; ils sont tous sortis guéris ou fortement améliorés, sauf le cas rapporté ci-dessus.

Comme autre affection de la muqueuse oculaire, nous avons eu un enfant de 10 mois venant de l'hôpital Trousseau, avec une *conjonctivite diphtéritique* compliquée d'infiltration d'une cornée.

Nous avons eu quatre *dacryocystites suppurées*, dont une paraissant congénitale chez un enfant d'un an.

Nous avons eu de même 4 *ulcérations* ou *abcès de la cornée* et 3 *ulcères à hypopyon* coïncidant dans deux cas avec une dacryocystite et qui ont bien guéri. Dans un cas nous avons pratiqué ultérieurement une iridectomie.

Un homme de 57 ans nous a été envoyé avec une *iritis* de l'œil droit, et, dans l'œil gauche, un exsudat fibrino-purulent remplissant les deux tiers de la chambre antérieure; cette chambre antérieure fut bientôt, d'ailleurs, sous nos yeux, complètement remplie. C'était un syphilitique assez débilité. Une paracentèse de la chambre antérieure ne donna rien, comme c'était probable; le traitement spécifique, iodure, frictions mercurielles, et en même temps injections sous-conjonctivales de sublimé, amena une diminution rapide de l'exsudat, mais la vision était encore fort imparfaite quand nous avons quitté le pavillon.

Il nous reste à signaler deux cas de *choroïdite purulente*; l'un, d'origine traumatique accidentelle, l'autre, consécutif à une opération de cataracte faite par un confrère. Dans les deux cas nous avons pratiqué l'éviscération.

BIBLIOGRAPHIE

La blennorrhagie chez l'homme, par le Dr F. P. Guiard. — Rueff et Cie, édit. 1894.

Ce m'a été un plaisir extrême que la lecture du livre de M. Guiard. J'ai retrouvé là toute la vérité sur la blennorrhagie chez l'homme, et la vérité illuminée par l'esprit clair et le bon sens précis de l'auteur. J'ai retrouvé là exactement les mêmes idées générales que mes études de la blennorrhagie chez la femme, m'avaient conduit à affirmer, et que les études de Guiard sur la blennorrhagie chez l'homme viennent me confirmer. La blennorrhagie est une, elle est spécifique, et ses modalités cliniques n'entament en rien son unité.

Cette étude « n'est pas seulement le résultat d'une observation personnelle poursuivie avec l'attention la plus soutenue pendant quinze années », elle est la synthèse complète de tout ce que l'on sait sur la blennorrhagie, elle est le couronnement des travaux qu'elle a suscités, et met en lumière définitivement les quelques points qui pouvaient, pour des esprits prévenus, paraître encore obscurs. C'est fini, après le livre de M. Guiard, il n'y a plus, je le crois, de théorie nouvelle à tenter dans l'étude de la blennorrhagie, c'est à lui qu'il faudra désormais recourir pour connaître exactement tout ce qui concerne la blennorrhagie chez l'homme.

Limité en effet exactement au sujet qu'il s'était donné, l'auteur n'a envisagé la blennorrhagie dans son étude microbiologique que juste ce qu'il était nécessaire pour mettre ses lecteurs au courant des méthodes pratiques qui permettent de déceler le criterium blennorrhagique et de retrouver le gonocoque. La partie clinique occupe la plus grande partie du volume, et nous devons citer quelques idées originales et personnelles, qui seront acceptées par tous ceux qui connaissent la question; sur le gonococcisme latent et son rôle étiologique; sur l'importance de la modification du terrain uréthral, produite par l'évolution microbienne, au point de vue de la marche et du traitement rationnel de la maladie; sur la véritable contenance de l'urèthre antérieur et les applications qui en résultent pour la technique des injections; sur une nouvelle méthode d'abortion par le permanganate de potasse à doses atténuées; enfin, sur les moyens capables de réaliser la prophylaxie privée ou publique.

J'ai été heureux aussi de trouver l'opinion de Guiard sur le traitement de la blennorrhagie aiguë chez l'homme tout à fait analogue à celui que je soutiens préférable chez la femme : je veux parler du traitement antiphlogistique du début. C'est au traitement, dit méthodique, qu'il donne la préférence : débutant par la médication antiphlogistique pour continuer par les balsamiques et finir par les injections. Cela est peut-être moins brillant; on ne court pas la chance d'obtenir un hasardeux et rapide succès comme par les abortifs, mais cela est plus sûr et on ne risque pas de *chronifier* une chaude-pisse dont on trouble l'évolution en quelque sorte normale et que l'on peut condamner à l'écoulement perpétuel. Est-ce à dire pour cela que les antiseptiques doivent être complètement rejetés? Nullement, mais ils ont leurs indications spéciales et ne doivent pas être regardés comme la panacée aveuglément curatrice.

Que dirai-je de plus du beau livre de M. Guiard après avoir dit qu'il n'était plus possible de mieux faire sur le même sujet, qu'il a atteint la perfection, sinon qu'on lui souhaite le grand succès qu'il mérite en tout point?

Si, cependant, je dois ajouter qu'il n'est pas possible d'être mieux édité : impression, papier, reliure riche, tranches dorées, tout y est, le fond et la forme, la science et l'art.

F. VERCHÈRE.

Formulaire de l'hypodermie, par les Dr CANCALON et MAURANGE. 1 vol. in-32, 194 p. — Paris, Rueff et Cie, 1894.

Sous une forme très élégante, très commode, car il pourrait presque se placer dans un portefeuille, le petit livre de MM. Cancalon et Maurange donne le formulaire complet de cette méthode thérapeutique nouvelle et si efficace: les injections hypodermiques. Cette thérapeutique est non seulement celle qui est le plus en vogue aujourd'hui, ce sera de plus en plus la méthode de l'avenir, pour un certain nombre de maladies tout au moins; mais pour que cette méthode donne des succès constants, pour éviter les accidents souvent graves que son emploi pourrait amener, il est nécessaire d'appliquer aussi scrupuluesement que possible toutes les règles de l'antisepsie. Nous donnerons comme modèle les conseils formulés à cet égard par les auteurs dans une première partie qui est tout entière à lire et à méditer.

N'injectez jamais, disent excellemment MM. Cancalon et Maurange, *qu'un produit stérilisé, au moyen d'un instrument stérilisé, et avec les précautions d'asepsie et d'antisepsie usitées en chirurgie générale.* La formule est complète, il faut lire les développements très judicieux que les auteurs lui ont donnés.

La seconde partie, de beaucoup assurément la plus longue, donne les trop nombreuses formules que l'on peut employer dans la méthode hypodermique. Les auteurs ont nettement indiqué leurs préférences, en mettant en plus gros caractères les formules qu'ils recommandaient, mais ils feront très facilement pour une seconde édition, que nous souhaitons prochaine, le sacrifice de quelques formules un peu surannées. Leur esprit critique est assez développé pour qu'ils puissent sans crainte faire une sélection plus complète. On les suivra avec plaisir.

Nous signalerons une lacune peu grave, mais de quelque importance cependant : les injections sous-conjonctivales, ce qui est encore de l'hypodermie, ont donné des résultats appréciables dans la thérapeutique oculaire; nous en verrons certainement l'indication dans la prochaine édition.

Un appendice donnait d'une façon très complète, il y a peu de semaines, tout ce qui concerne la bactériothérapie et les vaccins chimiques, mais c'était avant le congrès de Budapest et la communication de Roux; MM. Cancalon et Maurange nous donneront bientôt le formulaire des injections de sérum antidiphtérique; il ne manque guère que cela à leur joli petit livre pour être parfait.

A. CH.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

Séance du 4 décembre 1894. — *Présidence de* M. J. Rochard.

La correspondance comprend : 1° une note sur deux cas de gangrène, par le Dr Jeannel, professeur à la Faculté de Toulouse ; 2° une lettre de candidature de M. le Dr Renou (de Saumur), au titre de correspondant.

Les eaux d'Aix-les-Bains. — M. le Dr Guyenot lit une étude physique des eaux thermales d'Aix-les-Bains au point de vue de la thermalité et de l'électricité.

Anévrysmes iliaque droit et inguinal gauche traités par l'extirpation ; guérison. — M. Quénu présente un homme de 36 ans opéré le 5 décembre 1893 pour un volumineux anévrysme de l'artère iliaque externe droite et seize jours plus tard, le 21 décembre, pour un anévrysme inguinal gauche. Ces deux anévrysmes ont été tous les deux traités par la méthode de l'extirpation. Aucun incident fâcheux n'a suivi l'une ou l'autre intervention. L'opéré, qui était clown au Nouveau-Cirque, a repris ses exercices depuis le 1er octobre et paraît n'en éprouver aucun inconvénient.

La tumeur droite offrait le volume d'une tête de nouveau-né, occupait toute la fosse iliaque droite et dépassait en haut l'ombilic de quatre travers de doigt et en bas plongeait dans le petit bassin.

Syphilome ano-rectal avec rétrécissement du rectum. — M. Verneuil. J'ai été consulté en juillet dernier par un homme de 68 ans atteint d'une affection de la région anale récidivant, paraît-il, pour la troisième fois. En octobre 1892, première opération, vraisemblablement une ouverture d'abcès ; en décembre 1892, débridement de la fistule. A l'examen, entre la racine des bourses et la commissure antérieure de l'anus, on trouve une tuméfaction assez bien circonscrite, du volume d'une amande, d'une rougeur un peu livide, recouverte par le tégument adhérent et présentant à son sommet une ouverture à bords un peu décollés d'où sortait une certaine quantité de pus mal lié et fétide ; au toucher rectal, catarrhe assez intense, ni induration ni ulcération de la muqueuse.

Croyant à un simple abcès sous-cutané, je me bornai à fendre la tumeur périnéale d'avant en arrière à l'aide du thermocautère. Après une amélioration passagère la plaie donna issue de nouveau à un pus liquide, fétide, irritant la marge de l'anus ; peu de temps après les douleurs revinrent ; le malade dut prendre le lit.

Un nouvel examen fit constater que la plaie anale était remplacée par une saillie aplatie, d'un rouge violacé, avec base indurée ; au toucher rectal, rétrécissement de toute la région avec contraction du sphincter. Je pensai alors à une gomme syphilitique péri-anale avec commencement de rétrécissement du rectum ; d'autant qu'aux jambes existaient sept ou huit cicatrices un peu déprimées, les unes blanchâtres, les autres pigmentées tout à fait caractéristiques des syphilides ulcéreuses ou du rupia.

Avant de pratiquer la rectotomie linéaire, opération de choix en pareilles circonstances, je résolus de soumettre le malade à un traitement spécifique (pilules mercurielles et iodure de potassium) ; à ma grande surprise, la guérison fut complète, non seulement du syphilome de la marge de l'anus, mais encore du rétrécissement du rectum.

M. Fournier. Le succès est d'autant plus remarquable qu'il est extrêmement rare de voir le rétrécissement du rectum guérir par un traitement spécifique. Longtemps j'ai considéré de telles fistules comme vulgaires ; M. Trélat, le premier, a montré leur caractère spécifique et pourquoi, lorsque l'affection restait limitée à l'intérieur du rectum, le diagnostic restait difficile et incertain. Aussi intervient-on, en général, trop tard, lorsque des tubercules ou des gommes sont apparus à l'anus ou au périnée.

En pareil cas, ou bien la syphilis se manifeste par des gommes, ce qui est l'alternative la plus heureuse ; ou bien elle détermine des formations de tissus scléreux, sans passer par l'état gommeux ou quelquefois se produisent des scléroses gommeuses. Dans la plupart des cas, le syphilome ano-rectal se convertit en sclérose ; il n'y a alors rien à faire.

De tels accidents n'ont rien de commun avec les lésions que j'ai dénommées parasyphilitiques et qui sont tout aussi bien dues à la syphilis qu'à l'alcoolisme ou à la tuberculose ; ils pourraient plutôt être appelés post ou métasyphilitiques.

M. Le Dentu. J'ai traité par les agents spécifiques un certain nombre de rétrécissements syphilitiques du rectum sans jamais obtenir le moindre résultat. Une seule fois, un syphilome ano-rectal a subi la transformation scléreuse sans que j'aie pu l'attribuer au traitement ; cette sclérose a donné lieu à la formation de rétrécissements multiples dont un situé très haut et qui, jusqu'ici, se sont montrés rebelles à la médication spécifique.

Le résultat obtenu par M. Verneuil tient sans doute à ce qu'il a eu la bonne fortune d'assister au début de l'affection de son malade.

Tractions rythmées de la langue. — M. Laborde communique un nouveau fait de rappel à la vie par les tractions rythmées de la langue chez un enfant nouveau-né pour lequel les procédés ordinaires n'avaient pas réussi. Il présente en même temps des pinces destinées aux tractions rythmées, pinces mousses, ne pouvant pas blesser la langue.

M. Guéniot préfère pour le nouveau-né la respiration artificielle, bien que le procédé de M. Laborde soit plus facilement applicable ; mais il peut exposer à des accidents, tels que déchirures de la langue, et le retour à la vie est quelquefois moins prompt.

M. Tarnier. Les accoucheurs ont tant de fois sauvé la vie à des enfants à l'aide de la respiration artificielle qu'ils ont quelque peine à partager l'enthousiasme de M. Laborde. Sans doute, il n'est pas toujours facile de pratiquer comme il convient la respiration artificielle ; mais le procédé des tractions rythmées de la langue n'est pas toujours aisé non plus, et il paraît regrettable de le compliquer par une instrumentation spéciale.

M. Budin. Il y a lieu d'attendre, avant de se prononcer, qu'une expérimentation plus développée ait pu être faite du procédé de M. Laborde. En tout cas, il faut se servir, si l'on a absolument besoin d'appareils, d'une pince à mors longs et élastique ne pouvant produire de pressions douloureuses.

M. Pinard. D'après les paroles de M. Laborde, il semblerait que chaque fois qu'un accoucheur a perdu un nouveau-né par asphyxie, cela tiendrait à ce qu'il n'a pas prolongé suffisamment les tractions rythmées de la langue. Cependant, j'ai de nombreux cas dans lesquels celles-ci

n'ont pas suffi et dans lesquels la respiration artificielle a véritablement sauvé la vie à l'enfant. Je demande que la question reste à l'ordre du jour de l'Académie.

Instruction sur les soins à donner aux victimes des accidents électriques. — M. Gariel lit son rapport au nom de la commission nommée à cet effet.

On transportera d'abord la victime dans un local aéré où on ne conservera qu'un petit nombre d'aides, trois ou quatre, toutes les autres personnes étant écartées.

On déserrera les vêtements et on s'efforcera, le plus rapidement possible, à rétablir la respiration et la circulation.

Pour rétablir la respiration on peut avoir recours aux deux moyens suivants :

1° Méthode de la traction rythmée de la langue :

Ouvrir la bouche, écarter les dents en forçant s'il est besoin, avec un corps résistant, saisir solidement la partie antérieure de la langue entre le pouce et l'index de la main droite nus ou revêtus d'un linge, exercer sur elle de fortes tractions répétées, successives, cadencées, et rythmées, suivies de relâchement, en imitant les mouvements rythmés de la respiration elle-même, au nombre d'au moins vingt par minute.

Les tractions doivent être pratiquées sans retard et avec persistance durant une demi-heure, une heure et plus.

2° Méthode de la respiration artificielle. Coucher la victime sur le dos, les épaules légèrement soulevées, la bouche ouverte, la langue bien dégagée.

Saisir les bras à la hauteur des coudes, les appuyer assez fortement sur les parois de la poitrine, puis les écarter et les porter au-dessus de la tête, en décrivant un arc de cercle ; les ramener ensuite à leur position primitive en pressant sur les parois de la poitrine.

Répéter ces mouvements environ vingt fois par minute, en continuant jusqu'au rétablissement de la respiration naturelle.

Il conviendra de commencer toujours par la méthode de la traction de la langue, en appliquant en même temps, s'il est possible, la méthode de la respiration artificielle.

D'autre part, il conviendra de chercher à ramener la circulation en frictionnant la surface du corps ; en flagellant le tronc avec les mains ou avec des serviettes mouillées ; en jetant de temps en temps de l'eau froide sur la figure ; en faisant respirer de l'ammoniaque ou du vinaigre.

L'essence des mélaleuques dans le traitement des maladies microbiennes vulgaires de l'appareil respiratoire. — Sous ce titre, M. Forné, médecin de la marine de réserve, fait une communication dont voici les conclusions :

1° Les propriétés antiseptiques des essences actives sont des propriétés anti-évolutives par action portant sur le terrain préparé qui est rendu impropre à la culture ; dans aucun cas les vapeurs de ces essences n'ont tué directement les germes semés ;

2° Sur un terrain fertile, les germes pathogènes cessent d'être dangereux ;

3° L'essence de mélaleuques (arbustes américains de la famille des myrtacées) agit sur les germes inhalés avec l'air par l'intermédiaire du terrain épithélial qui est rendu impropre à leur culture ; elle agit aussi sur les hypersécrétions de la muqueuse des voies aériennes et sur les quintes de toux par la mise en jeu des actions nerveuses réflexes inhibiantes ; elle est donc un agent prophylactif et curatif des maladies microbiennes vulgaires de l'appareil respiratoire.

4° La supériorité de l'essence des mélaleuques sur les autres essences, et, en particulier, sur l'essence d'eucalyptus, est due à sa composition qui est celle d'un terpinol naturel, remarquablement riche en eucalyptol cristallisable et relativement pauvre en produits nocifs pour le sujet.

A 3 heures, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 novembre 1894. — Présidence de M. Ferrand.

Discussion sur l'appendicite. — M. Le Gendre. Bien qu'il puisse être difficile dans certains cas d'établir le diagnostic différentiel avec certitude, il est indispensable de distinguer les appendices des périty phlites d'origine cæcale (engouement stercoral, typhlite des dilatés). Cette dernière peut se résoudre toujours sans intervention chirurgicale ; au contraire, sur l'appendicite et la péritonite de cause appendiculaire plane toujours l'éventualité d'une intervention chirurgicale, bien que dans la majorité des cas la guérison puisse être obtenue par des moyens purement médicaux.

Le diagnostic de l'appendicite peut être en général établi par la brusquerie du début, l'intensité de la douleur et son siège, qui est souvent sur la ligne iléo-pubienne ou sur la ligne iléo-ombilicale, mais qui varie suivant le lieu d'insertion assez variable de l'appendice et ses rapports avec le cæcum, par l'absence ou par la petitesse de la tumeur, par les vomissements réitérés, par l'ascension plus rapide de la fièvre et le faciès rapidement péritonéal. Tous ces signes pouvant à la rigueur être infidèles, il faut toujours, dans les cas douteux, faire pencher la balance du côté de l'incision exploratrice qui seule peut sauver le malade dans le cas de perforation de l'appendice et ne compromet jamais la vie, quand elle est faite suivant les règles de l'antisepsie.

Les purgatifs, qui ne sont jamais nécessaires, *sont dangereux dans toutes les inflammations aiguës de la région cæcale*. Le traitement doit consister dans le *repos absolu*, la *diète* et l'administration méthodique de l'*opium*. J'y joins la *réfrigération locale continue*, que je considère comme supérieure à la révulsion dans les cas aigus. Un sac contenant de la glace concassée, qui, suspendu à un cerceau, effleure seulement la peau de la région cæcale avec interposition d'une flanelle, a toujours été bien supporté par mes malades. La diète doit être d'autant plus sévère que les accidents sont plus aigus et plus récents. Absolue pendant les premières heures, elle est hydrique pendant vingt-quatre heures (eau glacée par cuillerée tous les quarts d'heure, puis, au fur et à mesure de la détente, lait coupé en quantité de plus en plus grande).

L'opium doit être donné à doses réfractées de 2 à 10 centigrammes par vingt-quatre heures chez l'enfant, jusqu'à 20 ou 30 centigrammes chez l'adulte. Les grands lavements sont donnés deux ou plusieurs fois par jour suivant les cas, additionnés d'un antiseptique (naphtol, borate de soude et teinture de benjoin).

Une surveillance attentive de l'état général (pouls, température, faciès, vomissements) et de l'état local est indispensable : le malade doit être visité deux fois par jour. C'est parce qu'il faut pouvoir aisément explorer à chaque visite la région cæcale par la palpation très discrète et la

percussion légère que je proscris les vésicatoires, les pommades mercurielles et belladonées, qui gênent ces différents modes d'exploration.

Je crois dangereuse l'exploration sous le chloroforme proposée par M. Millard.

Si, au bout de quarante-huit heures, la défervescence thermique et le relèvement du pouls, l'amélioration du faciès n'ont pas commencé à se manifester parallèlement à la diminution de la douleur et des autres signes locaux, je crois l'incision exploratrice légitime. Au bout de trois jours, je la crois nécessaire.

L'existence de foyers congestifs du poumon ou bronchopneumoniques n'est pas une contre-indication absolue à l'intervention chirurgicale dans les cas où celle-ci est indiquée par d'autres symptômes généraux et locaux.

Dans les cas d'appendicite à rechutes, après la deuxième ou la troisième crise, je crois que la résection *à froid* de l'appendice est un moyen de préservation à conseiller surtout aux sujets qui, par leurs habitudes et leur profession, sont particulièrement exposés aux rechutes.

M. Sevestre. Sous le nom de périty phlite on englobe des cas complexes et assez différents les uns des autres; les premiers, méritant le nom de périty phlite d'origine cæcale, sont relativement bénins et guérissent souvent par des moyens médicaux: l'intervention chirurgicale n'est justifiée que lorsque la maladie traînant en longueur, la fièvre persistant, il est permis de penser qu'il existe une suppuration plus ou moins étendue; les autres, d'origine appendiculaire, assez fréquents dans la seconde enfance, peuvent aussi guérir par des moyens médicaux, mais ils demandent une surveillance rigoureuse et incessante; car, très rapidement, ils peuvent exiger une intervention immédiate. Les purgatifs sont formellement contre-indiqués et, par contre, le repos absolu, les opiacés, la diète sont de rigueur dans les cas de ce genre.

M. Moizard se range à l'avis de MM. Le Gendre et Sevestre; il insiste surtout sur les dangers immédiats qu'il y a à donner des purgatifs, surtout par la difficulté où l'on se trouve de faire au début le diagnostic exact: on ne peut savoir s'il y a simple coprostase cæcale, et, par conséquent, si le purgatif, même doux, ne serait pas immédiatement dangereux.

M. du Cazal se rapproche beaucoup plus de l'opinion exprimée antérieurement par M. Millard; il pense comme lui que le terme de périty phlite doit être conservé pour englober la majorité des faits; c'est là une expression bien clinique et qui répond mieux à ce que l'on voit lorsque les malades entrent à l'hôpital. Au point de vue thérapeutique, c'est le même traitement que celui préconisé par M. Millard; il suffit presque toujours à amener la guérison, sans qu'il soit besoin de recourir à l'intervention chirurgicale.

M. Lemoinne rapporte une observation identique à l'observation 11 de M. Millard. L'intervention a failli être faite et la thérapeutique médicale a cependant suffi à amener la guérison.

M. Mathieu rapporte plusieurs statistiques qui plaident en faveur de la non-intervention, dans la majorité des cas.

Amyotrophie progressive unilatérale. — M. E. Hirtz. L'homme que je vous présente, âgé de 54 ans, monteur en bronze, éthylique, ayant perdu de l'argent ces dernières années, était devenu nerveux, émotif. Il y a dix ou onze mois, en travaillant, il s'aperçut subitement que son index gauche ne se redressait pas facilement. Progressivement son avant-bras, son bras devinrent faibles. Il se produisit de l'atrophie. Celle-ci paraît avoir débuté par les éminences thénar et hypothénar, puis elle est remontée vers l'avant-bras, le bras, l'épaule et atteint quelques muscles de l'omoplate. Le côté droit est resté absolument indemne. Du côté malade, les ongles présentent des troubles trophiques. Il y a trois mois, à cette amyotrophie à type monoplégique, se sont ajoutés des symptômes très nets de paralysie glosso-labio-laryngée, le malade, actuellement, parle d'une façon à peine intelligible, il avale difficilement, les mouvements de diduction de la mâchoire sont diminués. Dans les muscles atrophiés, on constate des contractions fibrillaires; les réflexes sont diminués, il n'y a pas de troubles des réservoirs.

En somme, chez ce malade, nous trouvons une atrophie musculaire rappelant le type Aran-Duchenne, mais en différant à certains égards, par son unilatéralité et par son évolution rapide; en quelques mois, les lésions médullaires ont gagné le bulbe et produit les accidents de paralysie labio-laryngée. Je ne crois pas qu'il y ait lieu de discuter l'hypothèse d'une sclérose latérale amyotrophique chez ce malade, car il n'a eu ni contracture ni exagération des réflexes. L'examen électrique des muscles donne les caractères de l'atrophie musculaire d'Aran-Duchenne; il a même fait constater un fait curieux, déjà signalé par Remak : la contraction diplégique. Quand on excite le plexus brachial du côté droit, il se produit des contractions à la fois dans les deux bras.

PREMIER CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Lyon du 25 au 29 octobre 1894, sous la présidence de M. le prof. Potain.

(Suite.)

Discussion sur le chimisme stomacal. — M. Linossier. L'étude du chimisme est un procédé grossier mais dont on peut tirer parti. Il faut exciter l'estomac par un repas d'épreuve. Or, l'excitation est différente, suivant que l'on donne des liquides froids ou chauds, suivant les heures de la journée où l'on donne le repas d'épreuve et suivant l'heure de l'extraction. Ces circonstances peuvent influer sur la composition du chyme. Il est d'autres circonstances sur lesquelles on ne peut pas agir, c'est surtout sur la variabilité du suc gastrique à l'état de santé et de maladie chez les nerveux.

Sur le terrain chimique, on n'est pas plus sûr. Le dosage de l'HCl total est facile, mais quant à son interprétation on n'a pas de résultats bien certains. L'HCl libre se dose et pourtant on ne peut prouver qu'il existe (expérience d'Artus qui montre que quand on distille du suc gastrique, il ne s'échappe pas d'HCl. Chaque auteur a sa définition de l'HCl libre. Il règne la même incertitude sur l'HCl combiné.

Il faudrait savoir aussi où finit l'état normal, où commencent et où finissent l'hyperchlorhydrie et l'hypochlorhydrie. On en arrive à considérer tout le monde comme dyspeptique, faute de données certaines, en s'appuyant sur le chimisme seul.

L'étude du chimisme ne donne pas de résultats précis;

il serait imprudent d'en faire la base de l'étude des maladies de l'estomac et de leur traitement.

Il ne faut pas négliger la palpation, les symptômes; il faut remonter à l'étiologie et à la pathogénie; ce sont autant de facteurs qui, avec les données fournies par l'étude du chimisme, doivent guider pour le traitement.

M. Coutaret, au lieu d'analyser le chyme gastrique, analyse les urines qui montrent qu'on a affaire à des hyperchlorhydriques ou à des hypochlorhyriques suivant qu'elles sont hyperacides ou non. En France on donne du bicarbonate de soude; en Angleterre, on ordonne les acides minéraux forts à doses élevées, avec le même succès.

Mais il n'y a pas de traitement rationnel des maladies de l'estomac.

L'estomac ne joue qu'un rôle secondaire dans la chimie digestive ; la suppression de l'estomac est possible, sans troubles graves, chez les animaux. L'intestin joue un rôle des plus importants dans la digestion. Il faut faire intervenir dans la genèse des dyspepsies la diathèse rhumatoïde, les auto-intoxications, etc.

MM. Mathieu et Hallot. Nous avons cherché à mesurer la *motricité de l'estomac*, car l'étude du chimisme ne donne aucun renseignement à cet égard ; elle permet seulement de constater les processus chimiques de la digestion et leurs modifications, c'est-à-dire la quotité de cette sécrétion, mais elle ne donne aucune idée de la quantité de la sécrétion, de la quantité du travail réel fourni par l'estomac, ni de la motricité ni du travail stomacal et de la durée d'évacuation de l'estomac. Ces éléments ont pourtant une grande importance.

Pour mesurer la motricité et la durée de l'évacuation de l'estomac, on a proposé et nous avons expérimenté divers procédés (ingestion du sulfate de soude, du bleu de méthyle) qui ne nous ont pas donné de résultats certains. Mais nous espérons arriver à établir la courbe de l'évacuation et celle de la quantité de la sécrétion gastrique, grâce à la connaissance de la quantité et de la dilution de l'huile émulsionnée aux diverses phases de la digestion.

L'état de la sensibilité et celui de la motricité sont aussi importants que l'état des sécrétions gastriques.

MM. Linossier et Lemoine. Il ressort de nos recherches que le *bicarbonate de soude* a sur *la sécrétion gastrique* : 1° Une *action immédiate*. Nous avons pu suivre chez un méricole l'évolution de la digestion pendant un traitement bicarbonaté sodique ; nos expériences nous ont montré que l'administration du bicarbonate de soude produit d'abord une excitation de la sécrétion gastrique ;

2° Une *action éloignée* qui est variable. M. Gilbert a conclu de ses recherches à l'action dépressive du $NaCO^2$ sur la sécrétion gastrique, parce qu'il extrayait le chyme au bout d'une heure. Or la première dose de $NaCO^2$ sert d'abord à saturer l'HCl; l'excitation est consécutive à l'administration des doses suivantes. Au bout de quelques jours de traitement par le $NaCO^2$, on a des résultats différents de ceux des premiers jours.

L'excitation et la dépression sont deux phases de l'action du $NaCO^2$. Ainsi chez un de nos malades atteint d'hypochlorhydrie, le traitement alcalin a provoqué, au bout de dix jours, une augmentation de l'HCl, puis l'hyperchlorhydrie ; cette hyperchlorhydrie a persisté après la suspension du traitement ; la reprise du traitement a été suivie de la diminution de l'HCl et le suc gastrique est arrivé à son état normal.

Il peut y avoir dépression par suite d'un traitement intensif trop prolongé, car la répétition d'une excitation peut amener l'épuisement de la muqueuse.

Le $NaCO^2$ n'a pas seulement une action directe, il agit aussi indirectement ; ainsi, il agit comme frénateur de l'acidité gastrique, s'il est administré par la voie rectale, par suite de la réduction de l'acidité du sang ; il a donc une action directe excitatrice par son action sur l'estomac et une action indirecte dépressive par son action sur le sang.

Il n'y a pas de fortes et de faibles doses ; elles sont fortes ou faibles suivant la richesse de la sécrétion gastrique.

Chez les hypochlorhydriques il faut donner des doses faibles, ne pas aller à des doses dépressives et s'en tenir à l'excitation.

Chez les hyperchlorhydriques les faibles doses sont sans effet; chez certains, des doses de 20 grammes de $NaCO^2$ par jour sont sans effet; ce sont pour eux de faibles doses.

M. Mathieu. Nos recherches sur l'*action du bicarbonate de soude* ont porté sur 2 étudiants :

0 gr. 50, 1 et 2 grammes donnés une heure avant le repas n'ont pas eu d'action sur la sécrétion; avec 3 grammes il y a eu une excitation de la motricité traduite par la diminution des liquides de l'estomac constatée par l'extraction. Il y a eu exagération de la motricité, et non de la sécrétion. Avec 5 grammes, augmentation de la sécrétion chlorhydrique en même temps que de la motricité.

Au 4e repas d'épreuve, sans avoir donné de $NaCO^2$, il y avait *hyperchlorhydrie causée par le passage de la sonde*. Il faudrait rechercher l'influence du tubage et surtout du tubage en série sur l'excitation gastrique.

M. Sigaud (de Lyon). Tout dyspeptique a un passé intestinal (constipations, entérites, hémorrhoïdes, etc.,) qui a amené des troubles de la péristaltique intestinale, surtout du côté du côlon. Au point de vue thérapeutique, il faut lutter contre la stase cæcale, restreindre les boissons, réglementer les ingestas.

M. Vincent (de Lyon). *La tension abdominale* et ses modifications sont des signes de grande valeur dans le diagnostic et le pronostic des dyspepsies. L'hypertension est due à la présence du gaz, par suite de la stase cæcale ; elle détermine une diminution de la motricité musculaire, puis l'hypertension, la dépression abdominale et une diminution du péristaltisme, qui jouent le principal rôle dans la genèse des phases viscérales. Ces considérations doivent guider pour le traitement.

M. Sollier. On néglige trop le rôle de la sensibilité propre de l'estomac dans l'acte de la digestion; ses modifications peuvent modifier le chimisme stomacal et troubler la digestion. Cette sensibilité est nécessaire au fonctionnement de l'estomac. Dans l'anorexie hystérique comme dans les dyspepsies qui accompagnent des états nerveux, les troubles sécrétoires et moteurs sont en rapport avec l'anesthésie plus ou moins complète de l'estomac ; d'où le trouble de l'assimilation qui cesse dès que revient la sensibilité gastrique caractérisée par le retour de la faim.

On peut, par la suggestion hypnotique, supprimer la sensibilité de l'estomac ; il se produit alors des troubles de chimisme stomacal variables suivant le degré de l'anesthésie, disparaissant avec elle ; les troubles digestifs s'aggravent si l'on traite l'état nerveux seul.

Les dyspepsies nerveuses s'accompagnent de modifications du chimisme stomacal en rapport avec des troubles

sécrétoires et moteurs de l'estomac et dus à des troubles sensitifs de cet organe. Leur traitement ne doit pas être basé sur les seules données du chimisme, mais sur la pathogénies de modifications de ce chimisme.

M. Cautru. L'analyse du suc gastrique d'après la méthode de Winter est souvent indispensable pour établir le diagnostic et le traitement raisonné des dyspepsies. Il y a des dyspepsies latentes qui peuvent aboutir à l'ulcère rond, à des troubles réflexes ou organiques graves ; aussi est-il utile de les diagnostiquer à temps, afin de pouvoir instituer un traitement prophylactique. De plus, il est des cas où les symptômes accusés par le malade sont en contradiction avec le chimisme ; on ne peut faire le diagnostic que par l'analyse du suc gastrique. Enfin, le chimisme peut aider le diagnostic de certaines maladies générales en évolution (hyperpepsie chloro-organique au début de la tuberculose, hypopepsie à une période avancée). Le régime, les règles de l'hygiène, l'emploi des agents physiques, les médicaments et en particulier le $NaCO^2$, la cure thermo-minérale seront prescrits suivant l'état du suc gastrique.

M. Hayem. L'étude du chimisme stomacal manquerait de précision, d'après M. Linossier; cela est vrai pour la plupart des procédés d'analyse, non pour la méthode de M. Winter, qui seule permet de doser le chlore sous ses diverses combinaisons. La question est plus complexe qu'il ne semble à mes contradicteurs ; il est inutile de rechercher toutes les substances qui se forment pendant la digestion, car on ne connaît pas encore tous les facteurs qui interviennent dans l'acte digestif; et des savants et non des moindres ont reconnu que le procédé de Winter est le meilleur, le seul qui réponde aux exigences de la clinique. Personne, avant M. Winter, n'avait reconnu dans l'estomac les composés chloro-organiques et leur importance dans la digestion, il n'était question que de l'HCl libre.

Pour ce qui concerne la prétendue variabilité du chimisme gastrique, je ne l'admets pas, car un fait décourageant en pathologie gastrique est justement la fixité décourageante des affections stomacales bien déclarées. J'ai pu constater cette fixité chez les malades que j'observe depuis deux ans ; dans mon service, on fait l'analyse du suc gastrique à l'entrée des malades, et plusieurs fois dans le cours du traitement; alors même que les sujets se trouvent améliorés, on fait les mêmes constatations qu'au début, et qui correspondent à un même état de l'appareil glandulaire. Si on avait soin de chercher à connaître l'état de cet appareil dès le début de l'affection au moyen de l'étude du chimisme, on obtiendrait des résultats thérapeutiques meilleurs ; c'est pourquoi j'ai insisté sur la recherche de la dyspepsie latente chez des gens qui paraissent sains du côté de l'estomac et chez qui apparaissent, un jour, des troubles du côté du foie, du cœur ou des reins, sous la dépendance de l'estomac dont les altérations glandulaires ont évolué et se sont fixées, alors qu'on aurait pu les enrayer.

J'ai observé une variabilité du suc gastrique chez une seule malade, une hystérique ; or, l'on sait quelles modifications fonctionnelles variables peut déterminer l'hystérie. D'ailleurs, si le procédé de M. Winter donne des résultats variables, pourquoi M. Linossier l'emploie-t-il pour une étude aussi difficile que celle du $NaCO^2$? J'ai une grande expérience du $NaCO^2$; ses effets varient avec chaque malade parce que chacun a un état structural de l'appareil glandulaire stomacal différent ; mais, en général, il m'a paru diminuer la durée de la digestion et augmenter et accélérer la sécrétion gastrique.

Quant à l'hyperchlorhydrie, on ne la guérit pas en quelques jours, à moins de donner une gastrite médicamenteuse atrophique.

On peut, par l'analyse du chyme, diagnostiquer non l'ulcère ou le cancer, mais l'état de la structure glandulaire de l'estomac. On nous parle de motricité, d'influences nerveuses, mais tout cela est peu connu, a besoin d'être plus profondément étudié et n'infirme en rien les données fournies par l'étude du chimisme.

L'estomac est un viscère éminemment vulnérable ; c'est, en quelque sorte une glande ouverte ; aussi parmi les estomacs que j'ai étudiés anatomiquement, je n'en ai pas trouvé de normal au point de vue glandulaire, et pourtant tout le monde n'est pas dyspeptique. Les personnes qui se plaignent de l'estomac ne sont pas celles qui ont les plus fortes lésions.

Si ceux qui se sont occupés du chimisme gastrique sont arrivés à des résultats différents, cela vient de ce que les uns emploient un repas d'épreuve, d'autres un autre, et des procédés d'analyse différents ; aussi serait-il bon de s'entendre et d'adopter tous le même repas d'épreuves et le même procédé d'analyse ; alors seulement on pourrait comparer les résultats.

M. Mathieu. M. Hayem cherche à diagnostiquer l'état gastrique et non la dyspepsie ; il prétend qu'il n'y a pas d'estomac normal, que nous avons tous de la gastrite ; or, tout le monde n'est pas dyspeptique, il y a autre chose que l'état glandulaire ; il faut faire intervenir la motricité et la sensibilité. Quand il s'agit de rechercher l'état de la sécrétion gastrique seul, on doit préférer le repas d'Ewald et la méthode de Winter qui est facile et permet de doser le chlore total ; mais ce repas et cette méthode ne doivent pas être seuls employés ; ils donnent des renseignements insuffisants. Avec le repas d'Ewald on a peu d'acides organiques, aussi pour la recherche des acides organiques, je donne un repas d'épreuves dans lequel je fais entrer de la viande, et j'emploie la méthode d'A. Gauthier. L'étude des fermentations anormales a une grande importance.

M. Frémont. Le repas d'épreuve a une valeur variable suivant la qualité du pain, la chaleur du liquide. Avec la même formule de repas, l'état du chimisme est souvent différent. Pour l'étude du suc gastrique, la méthode de Winter est la meilleure ; mais, la méthode d'A. Gauthier permet de doser les acides des fermentations et est préférable pour cela.

M. Bourget. La méthode de Winter est une méthode de laboratoire, peu pratique dans la clientèle. Je préfère celle de Mintz. Le repas d'Ewald ne rappelle pas les conditions ordinaires de l'alimentation et le chlorure de sodium du pain joue un certain rôle dans le chimisme gastrique ; je sonde souvent des dyspeptiques après les repas ordinaires des hôpitaux. J'ai été étonné d'entendre M. Hayem affirmer l'incurabilité des maladies de l'estomac, car on voit parfaitement guérir des gastrites alcooliques, entre autres.

M. Renaut (de Lyon). M. Hayem me paraît avoir rayé des cadres de la pathologie gastrique les troubles fonctionnels. Je proteste contre la prétendue incurabilité des gastropathies et même de l'hyperchlorhydrie.

Quant aux lésions gastriques, je ne connais pas de méthode qui permette de trouver *post mortem* les altérations

glandulaires de l'estomac, à cause des altérations cadavériques.

Dans la première période des dyspepsies qui ne se traduisent que par des aberrations des fonctions, il n'y a que les lésions superficielles ou il n'y en pas ; ce n'est que quand ces troubles se prolongent que les lésions deviennent profondes. Il y a certainement dans l'estomac des processus catarrhaux qui peuvent n'être pas plus fixés que le processus catarrhal dans le coryza.

Chez un même sujet, le chimisme est variable : nous ne levons pas nier les troubles fonctionnels ; les lésions dont parle M. Hayem sont des lésions tardives, elles sont précédées par une période d'altérations fonctionnelles, superficielles, curables.

Je ne crois pas que le $NaCO^2$ soit très inoffensif, surtout pour les hyperchlorhydriques, car il est un générateur de l'HCl ; il sature d'abord les acides et amène une accalmie passagère ; mais, il ne faut pas oublier que le sodium qu'il contient est un générateur du suc gastrique, il y a une aggravation consécutive. Aussi, je préfère dans l'hyperchlorhydrie les bicarbonates calciques et magnésiens (1).

M. Hayem. Beaucoup des arguments fournis ici ne sont que des récidives. MM. Linossier et Renaut me paraissent ne pas avoir une connaissance parfaite de mes travaux faits avec M. Winter. Ce dernier a démontré mathématiquement l'exactitude de sa méthode. Seule, elle permet de reconnaître les différentes formes du chlore dans l'estomac, ce qui est très important. Je n'ai pas d'idée préconçue, comme semble me le reprocher M. Linossier, j'observe et je tire des faits d'observations les déductions qui me paraissent logiques.

J'admets parfaitement les troubles fonctionnels ; je leur ai consacré une large part dans mes cliniques. La dyspepsie est une réaction individuelle ; on est dyspeptique le jour où l'on se plaint de l'estomac.

Je répète que je n'ai jamais trouvé d'estomac sain or, je n'ai étudié que des estomacs frais, jeunes ou vieux, tous avaient des lésions plus ou moins profondes. J'ai examiné celui d'un supplicié qui n'avait jamais souffert de l'estomac, qui n'était pas dyspeptique ; il avait une affection gastrique probablement alcoolique (gastrite subaiguë, interstitielle). Je fais une différence entre l'état organopathique et l'état dyspeptique. Chez les névropathiques, le système nerveux, lésé anatomiquement ou dynamiquement, réagit sur l'estomac et fait éclater les troubles dyspeptiques chez des sujets qui n'avaient qu'une dyspepsie latente, c'est-à-dire des altérations glandulaires, sans modifications fonctionnelles.

Quant au $NaCO^2$, l'étude en est très difficile ; on trouve des résultats différents parce qu'on étudie dans des conditions différentes. Ce n'est pas un médicament inoffensif dans certains cas, mais c'est le moins dangereux des médicaments gastriques. C'est un médicament dialytique, capable de modifier l'osmose gastrique ; or, en thérapeutique stomacale on ne doit employer que des substances dialytiques. Il est contre-indiqué chez les hypopeptiques ; car après une période d'amélioration, il peut provoquer une aggravation et même amener l'apepsie.

Quant à l'incurabilité, je m'explique : on guérit les troubles fonctionnels, la dyspepsie, mais les lésions profondes persistent. Ainsi, je vois en général les malades atteints de gastrite parenchymateuse améliorés après leur traitement à l'hôpital, et demander leur exéat, se croyant guéris ; on examine leur chimisme gastrique et on trouve qu'il est tel qu'à leur entrée, qu'il ne s'est pas modifié. Il y a un état organopathique durable.

M. Sollier. Dans les dyspepsies nerveuses, le trouble fonctionnel est primitif, il peut exister seul et amener à la longue un état organopathique. S'il y a des lésions et si elles évoluent, je ne m'explique pas que le chimisme reste invariable. Le rôle de la motricité est primordial.

M. Glénard. Dans les dyspepsies, il faut s'occuper d'autre chose que de la fonction sécrétoire seule. Il est rare de ne pas trouver des troubles intestinaux ou hépatiques chez les dyspeptiques. Avant d'étudier le chimisme, il importe de savoir si sous la maladie d'estomac il n'y a pas une maladie de l'intestin ou du foie ; ce n'est que si cet examen a été négatif que l'étude du chimisme peut être utile.

(*A suivre*). F. Deléage.

(1) Cette opinion de M. Renaut est en opposition avec les nombreuses recherches de M. Bovet, de Pougues, d'après lesquelles les eaux carbonatées calciques produiraient justement les effets excitants sur la sécrétion gastrique que M. Renaut reproche au bicarbonate de soude, les eaux carbonatées calciques seraient plus spécialement indiquées dans l'hypo que dans l'hyperchlorhydrie.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

8e session tenue à Lyon, du 9 au 13 octobre.

(Suite et fin).

Quatre-vingt-sept trépanations de l'apophyse mastoïde. — M. A. Broca. Ces 87 opérations ont été pratiquées sur 82 sujets dont 80 enfants au-dessus de 15 mois. Les premières remontent au mois de décembre 1892 et l'état des malades guéris à toujours été vérifié au bout de plusieurs mois.

En bloc, 13 de ces 82 *sujets* sont actuellement morts, mais il convient d'abord d'éliminer les décès dus à des maladies intercurrentes survenues plusieurs semaines après l'opération (2 broncho-pneumonies rubéoliques, 1 broncho-pneumonie de coqueluche) ou dus à la tuberculose (1 tuberculose généralisée, 1 méningite tuberculeuse). On ne saurait non plus rendre l'opération responsable des décès dus à une méningite aiguë (3 cas) ou à un abcès cérébral (1 cas) manifestement développés avant l'opération. Cela étant, il reste 72 *sujets* dont 4 ont actuellement succombé, et j'ajouterai qu'*un seul d'entre eux est mort à la suite de l'opération*.

Pour étudier ces cas, il convient de les diviser en plusieurs catégories :

1° *Abcès mastoïdiens aigus avec otite moyenne aiguë.* — 37 cas sur 36 sujets ; guérison complète, 29 ; récidive, 1 ; fistulette permanente, 1 (enfant tuberculeux) ; opérations récentes et malades en traitement, 2 ; nécrose envahissante que deux opérations n'ont pu enrayer, mort, 1 ; morts de complication intercurrente (rougeole, coqueluche, choléra infantile), 3 ; mort opératoire, 0.

Dans ces trépanations, dont 12 ont été faites sur des enfants âgés de moins d'un an, *il a toujours été trouvé du pus dans les cellules mastoïdiennes* ; d'autre part, il n'y a

eu aucune ouvertune du sinus, aucune section du facial ; un fois j'ai, par inadvertance, mis à nu et perforé la dure-mère, mais il n'en est résulté aucun accident. L'opération, par le procédé de Schwartz, est rapide, facile, bien réglée ; *sa mortalité est nulle* et, dès lors, on peut affirmer que l'incision de Wilde, si riche en fistules consécutives, doit être abandonnée définitivement, malgré quelques auteurs récents.

Pour les mastoïdites aiguës, c'est par exception seulement (6 cas) qu'on sera conduit, par les lésions constatées, à ouvrir le canal de l'antre et la caisse.

2° *Fistules mastoïdiennes.* — Ces fistules sont fréquentes puisque j'ai eu à en opérer 33 sur 31 sujets ; elles dataient de quelques semaines à 14 ans ; *la grande majorité était consécutive à l'incision de Wilde.* De ces 33 fistules, 23 sont actuellement guéries ; 1 sans renseignement ; 1 persiste ; 3 en traitement ; 5 morts dont 3 indépendantes de l'opération : 1 par méningite développée à la suite de l'opération (ablation totale du rocher), 1 par accidents cérébraux tardifs (7 mois après l'opération), soit un décès opératoire sur 33 interventions dans un cas extrêmement grave.

L'opération est donc bénigne. On doit ouvrir méthodiquement l'apophyse, le canal de l'antre, la caisse et curetter avec soin tous les points osseux malades. De la sorte, on peut presque toujours ménager le facial que je n'ai coupé que trois fois, tandis que son sacrifice est inévitable dans le procédé préconisé par M. Chaput. Le traitement post-opératoire est très long, dure au moins six mois ; mais les résultats sont excellents et même les sujets opérés des deux côtés conservent une audition suffisante.

3° *Abcès mastoïdiens consécutifs à des otites chroniques.* — Ces malades, au nombre de 11, sont identiques à ceux de la catégorie précédente. Ils fournissent : 5 guérisons ; 1 récidive après trépanation limitée à l'apophyse ; 3 cas en traitement, 2 morts non opératoires (tuberculose chronique ; abcès cérébral ancien).

4° *Suppurations chroniques de l'attique.* — Ces suppurations doivent être attaquées directement en faisant sauter le mur de la logette (opération de Stacke), car si l'infection est bien limitée à la caisse, on peut obtenir la guérison complète en trois semaines (1 cas). Mais toujours on explorera attentivement le canal de l'antre et d'ordinaire on sera conduit à ouvrir toutes les cavités, comme dans les cas de fistule : 3 cas, 1 guéri, 2 en traitement.

5° *Eburnation de l'apophyse* sans suppuration de la caisse ni des cellules ; 1 cas, 1 guérison.

Traitement de l'hydrocèle vaginale. — M. Zancarol (d'Alexandrie). Parmi les accidents imputables à la ponction suivie d'injection dans le traitement de l'hydrocèle, il convient d'insister, plus qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, sur l'hématocèle consécutive, dont M. Zancarol a observé 4 cas, un de ces malades ayant été ponctionné par lui-même. Aussi conseille-t-il de renoncer à ce traitement pour faire l'excision partielle de la vaginale suivie de lavage antiseptique (sublimé au 1000e), de suture de la vaginale et de la peau sans drainage ; sur 58 opérations portant sur 53 malades, cette méthode n'a donné lieu à aucun accident et à une seule récidive.

M. Augagneur (de Lyon) est moins absolu et réserve l'incision pour les cas où l'injection a échoué ; depuis 1885, époque à laquelle il a introduit en France cette méthode, il a renoncé il y a longtemps déjà à l'incision simple de Volkmann ; aujourd'hui, il excise toujours toute la vaginale, n'en laissant qu'une bandelette au niveau du cordon. Il a renoncé de même au lavage antiseptique, inutile si on a été propre, et offrant l'inconvénient de provoquer une abondante sécrétion de la vaginale, sécrétion séreuse qui retarde la guérison. Quant à la suture séparée de la vaginale, elle ne peut qu'exposer à la récidive.

Fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. — M. Poirier, de Paris. Nous avons examiné à l'amphithéâtre un grand nombre d'os sur lesquels nous avons trouvé 65 humérus fracturés. Les fractures se répartissent ainsi :

41 siègent à l'extrémité supérieure.
15 — sur le corps.
12 — à l'extrémité inférieure.

Ces chiffres semblent infirmer la proportionnalité de fréquence admise aujourd'hui. Les fractures de l'extrémité supérieure sont de beaucoup les plus fréquentes ; elles comprennent presque les deux tiers des cas, d'après notre statistique.

Sur ces 41 fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, on trouve 2 fractures du col anatomique, 1 fracture isolée de la grande tubérosité, et 38 fractures du col chirurgical.

Sur ces 38 cas, 33 sont des fractures par *pénétration.* Ces fractures, d'après les classiques, ne semblent pas très fréquentes cependant.

La pénétration se fait le plus souvent en arrière ; puis par ordre de fréquence en dehors, puis en avant et en dedans.

Quel est le mécanisme de cette pénétration ? D'après les classiques, les fractures de l'extrémité supérieure auraient lieu le plus souvent par cause directe, exceptionnellement par cause indirecte. Pour nous, le contraire est vrai. En effet, la pénétration est toujours due à une cause indirecte. Or, comme la fracture de l'extrémité supérieure est presque toujours à pénétration, elle semble due le plus souvent à une cause indirecte.

Donc, les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus sont pour les trois quarts des fractures par pénétration et partant de cause indirecte.

Expérimentalement on reproduit ces fractures par un choc sur le coude.

Les complications de ces fractures les plus sérieuses sont les complications tardives, telle que l'arthrite scapulo-humérale et l'atrophie musculaire, atrophie non seulement du deltoïde, mais aussi des muscles sus et sous-épineux, des muscles ronds et des scapulaires.

Comme traitement, c'est le traitement par le massage qui est le plus efficace. Il faut de plus faire faire la gymnastique à l'articulation intéressée.

Les fractures anciennes du col du fémur. Leur traitement opératoire. — M. Lejars, de Paris. On sait la gravité du pronostic des fractures du col du fémur chez les gens âgés, et même chez les jeunes sujets. L'impotence fonctionnelle consécutive est la règle, et elle tient d'une part à l'absence de soudure du col fracturé, d'autre part au développement d'hyperostoses sur la ligne de fracture, en arrière, surtout sur le grand trochanter.

Nous avons observé un homme de 47 ans, ayant une fracture typique du col du fémur datant de six mois. L'impotence fonctionnelle était absolue et il existait un épaississement considérable au niveau du grand trochanter. En présence de cette situation nous sommes intervenu de la

façon suivante. Nous avons fait la résection de la tête fémorale. Après avoir enlevé la masse osseuse qui recouvrait le grand trochanter et descendait jusqu'à la tubérosité ischiatique, nous avons incisé la capsule. Il n'existait pas de soudure au niveau de la ligne de fracture; la tête fémorale basculait librement. On réséqua cette tête et on régularisa le grand trochanter et les parties fibreuses de l'articulation.

On fit de l'extension continue pendant un mois, avec massage, et aujourd'hui la marche est facile et presque régulière. Il existe un peu de raccourcissement seulement et un peu d'abduction.

En somme, dans les fractures du col chez les jeunes sujets, il faut intervenir tout comme dans les luxations anciennes, faire la résection de la tête fémorale, modeler et régulariser le col et le grand trochanter.

Fracture esquilleuse de la clavicule; compression nerveuse; esquillotomie; suture osseuse. Guérison. — M. Maulaire, de Paris. Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans présentant une fracture de la clavicule à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes. Une pointe osseuse que l'on sent d'abord pour le fragment externe vient piquer la peau. On fait la résection et on applique un appareil de Desault que l'on enlève au bout de vingt et un jours; mais à ce moment impossibilité pour la malade d'élever le bras, de le porter en avant et en arrière. Au niveau du point de fracture, on sent une masse osseuse qui s'enfonce dans la profondeur comprimant le plexus brachial. A la partie interne de l'avant-bras on constate des troubles trophiques. La sensibilité y est intacte. On intervient; on fait une incision parallèle au bord inférieur de la clavicule; on détache le périoste au niveau du cal et on résèque une très grosse esquille formée aux dépens du fragment interne; au-dessous de celle on trouve un cal volumineux allant dans la profondeur et qu'on résèque à son tour. Puis on fait la suture osseuse. Pas de drainage, et la guérison s'obtient en deux mois avec rétablissement des mouvements.

Rôle des crayons de chlorure de zinc dans certains fibromes utérins. — M. le Dr Levrat (de Lyon). Deux conditions primitives : Femmes près de la ménopause. Opération impossible ou refusée. Deux malades : la première âgée de 50 ans, sans antécédents héréditaires, a depuis dix mois des règles plus abondantes. On constate à l'examen une grosse tumeur fibreuse fixée dans la fosse iliaque gauche. La malade, très anémiée, présente un aspect caractéristique. L'opération proposée étant énergiquement refusée, un crayon de chlorure de zinc intra-utérin fut accepté. L'hémorrhagie disparut cinq mois. A ce moment, nouvelle hémorrhagie et nouveau crayon de chlorure de zinc; quatre mois de tranquillité; nouveau retour de l'hémorrhagie. On constate alors un fibrome volumineux descendu dans le vagin et enlevé par les procédés usuels. La malade guérit et ne présente actuellement qu'un utérus volumineux adhérent à gauche. Une autre malade, sage-femme, 48 ans, présente une observation absolument semblable; quatre mois après l'application d'un crayon au chlorure de zinc on peut enlever facilement un fibrome énucléé. En même temps de ces deux malades, se trouvait à la Charité une malade chez laquelle la fixation à la pince d'un polype sessile, aidée par la dilatation par tamponnement à la gaze iodoformée et des incisions multiples sur le polype, permit de l'énucléer en quatre jours. Comme conclusions, le chlorure de zinc me paraît agir utilement chez des malades qui refusent toute intervention et qui sont en danger. Il permet avec dilatation et discision du col d'énucléer des fibromes, même sessile, par le même procédé que les incisions de la capsule et en détruisant la muqueuse.

Traitement chirurgical de l'hydrocéphalie chronique. — M. Bilhaut (de Paris). L'auteur fait une communication au cours de laquelle il relate l'observation d'une petite malade de 2 ans 1/2, à qui il a pratiqué une craniectomie circulaire pour hydrocéphalie. Il espérait, par ce procédé, éviter la décompression trop brusque du cerveau : c'est en effet à cette cause que les chirurgiens ont attribué la mort survenant à la suite de leur intervention. Malgré l'abaissement facile de la voûte cranienne et le maintien de la compression, l'opération ne donna point le succès désiré : la malade succomba. L'auteur explique l'échec de la trépano-ponction par la nature même de l'hydrocéphalie et par les facteurs étiologiques qui la produisent. En réponse aux Drs Picqué et Février, qui appuient leurs conclusions sur l'examen des pièces anatomiques d'un musée américain, il rappelle les remarquables travaux du Dr Bourneville, et dit qu'il a fondé, à Bicêtre, un musée unique au monde et comprenant les plus précieux éléments d'études. Les pièces qui y sont conservées prouvent que l'on a tort de vouloir faire jouer un rôle à la compression cérébrale; elle n'existe pas, puisque en aucun cas on n'a trouvé la synostose des os du crâne, du moins chez les jeunes sujets.

Après avoir établi le parallèle entre le traitement chirurgical et le traitement médical, et s'appuyant sur les chiffres fournis par une statistique unanimement malheureuse, il conclut en condamnant la trépano-ponction : il la considère comme une erreur chirurgicale.

L'Assemblée générale de l'Association française de chirurgie a nommé M. E. Bœckel (de Strasbourg) vice-président du prochain Congrès.

L'Assemblée a décidé, en outre que la réunion de l'Association en Congrès aurait lieu à Paris, chaque année, au mois d'octobre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 décembre. — Présid. de M. Lucas-Championnière.

Hydronéphrose bilatérale intermittente. — M. Reclus. Un homme entre dans mon service pour une tumeur de l'abdomen, présentant deux saillies très nettes occupant l'une et l'autre les deux flancs et les fosses iliaques. Entre les deux était une gouttière, occupée par l'intestin. Ces tumeurs étaient fluctuantes. L'interrogatoire du malade apprit que les douleurs avaient existé depuis longtemps avant même que les tumeurs eussent apparu. On évacua par une ponction 7 litres de liquide. Puis, à partir de ce moment la tumeur subit des variations de volume, coïncidant avec une évacuation plus ou moins abondante d'urine. On fit une nouvelle ponction et celle-ci donna issue à 10 litres d'urine colorée. A partir de ce moment, l'hydronéphrose intermittente devint permanente et on fut obligé de faire une série de ponctions et après une d'entre elles, le liquide devint savonneux et le malade entra à la Pitié.

Je choisis la voie transpéritonéale, qui pouvait me permettre d'examiner quel était l'état du rein opposé.

L'opération fut simple. Après avoir soulevé le péritoine postérieur, je vis que la poche du flanc droit se laissait séparer du diaphragme et de la rate et, pédiculée, facilement enlever. Le lendemain, le malade semblait se remettre ; mais à partir du quatrième jour, les urines diminuèrent progressivement, et le malade mourut le septième jour.

Le rein gauche, à l'autopsie, était remplacé par une sorte de loge flasque, et il n'existait, pour ainsi dire, plus de substance rénale.

Le rein droit, que l'opération avait montré et supprimé, avait une lésion analogue à celle du rein gauche. L'uretère présentait à 4 centimètres au-dessous du bassinet une torsion en demi-spire, puis une dilatation fusiforme de l'uretère, puis enfin, plus bas, une nouvelle torsion. Ces torsions étaient dues à une bride qui courait parallèlement à l'uretère.

La marche de l'affection a été toute particulière. Cette hydronéphrose, d'abord fermée, s'ouvre à la suite d'une ponction, puis se ferme à la suite d'une autre, et le malade n'a jamais présenté de crises douloureuses.

MM. Baudoin et Terrier veulent faire de la fermeture de l'hydronéphrose la preuve d'une mobilité du rein qui amènerait une courbure brusque de l'uretère. Ni du côté du rein gauche, ni du côté du rein droit, on ne trouve aucune raison qui permette d'expliquer la marche normale de l'hydronéphrose.

Que sont donc les hydronéphroses intermittentes, au point de vue pathogénique? Il faut avouer que nous ne le savons pas exactement et que le mécanisme qui a été donné comme le véritable peut ne pas être confirmé par les examens cliniques et anatomo-pathologiques.

Luxation du coude en arrière, primitivement irréductible. Arthrotomie. — M. Nélaton fait un rapport sur une observation de M. Walther. Après impossibilité de réduction, l'intervention montra une interposition des fibres du branchial antérieur, de plus un arrachement de la lame cartilagineuse de la coronoïde qui rendait impossible la réduction. Celle-ci fut enlevée et la réduction se fit. Suture de la plaie et guérison huit jours après.

Je ne partage pas l'opinion de M. Walther. La petite lamelle cartilagineuse incriminée était trop fragile pour qu'on puisse penser qu'elle a résisté à la trochlée humérale et au rebroussement qu'elle a subi ; la preuve en est dans l'intervention, cette petite lamelle sauta d'elle-même détachée. De plus elle n'avait que 5 millimètres, comment dès lors admettre que cette minime largeur arrête l'humérus et s'interpose entre lui et le cubitus.

M. Walther se félicite de son intervention ; mais j'estime que dans la plupart des luxations que nous observons, il doit exister tout autant de lésions et je ne pense pas, si on avait pu réduire la luxation, que la petite saillie cartilagineuse aurait pu ultérieurement laisser quelque ennui, étant donné son petit volume.

De plus, je ne sais pas si l'intervention n'a pas été trop vivement décidée. M. Walther est passé directement de la traction manuelle à l'ouverture de l'articulation. Je regrette que M. Walther n'ait même pas songé à user de la bande élastique avant d'en venir au procédé sanglant.

Ligature de l'artère iliaque externe. — M. Chauvel fait un rapport sur une observation envoyée par M. Nicot de blessure de l'iliaque par coup de couteau. L'hémorrhagie se reproduisait dès qu'on cessait la compression. On adopte le procédé d'Abernethy. L'artère est découverte et la ligature appliquée au niveau de l'iliaque externe. Quelques jours après apparaissait la suppuration. Le malade se relève. Mais le membre inférieur devient froid et présente quelques eschares. La guérison se fait cependant.

Peut-être le retard de huit jours entre le traumatisme et la ligature a-t-il permis à la circulation collatérale de se faire, d'où la disparition de la menace de gangrène du membre inférieur.

Traitement d'un abcès du foie compliqué d'ascite par la méthode de Little. — M. Chauvel fait un rapport sur une observation envoyée par M. Nicot.

MM. Quénu, Michaux, Peyrot, Tuffier, rappellent qu'eux aussi ils ont eu l'occasion d'ouvrir des abcès du foie.

Double pied bot varus. — Présentation de moules et du malade par M. P. Poirier.

Double genu valgum. Double ostéotomie. — Présentation du malade par M. P. Berger.

Plaie du crâne par balle de revolver. — Présentation de pièces par M. Michaux.

F. Verchère.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le projet de la loi sur la pharmacie.

Voici, tels qu'ils ont été votés en première lecture par le Sénat, les articles de la loi sur l'exercice de la pharmacie qui peuvent intéresser les médecins :

. . . . . .

Art. 2. — Désormais, il ne sera plus délivré qu'un seul diplôme de pharmacien correspondant au diplôme de première classe existant lors de la promulgation de la présente loi.

. . . . . .

Art. 10. — Toute entente ou convention par laquelle un médecin retirerait, dans l'exercice de sa profession, un profit sur la vente des médicaments effectuée par un pharmacien est prohibée et nulle.

Art. 11. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, avec celle de pharmacien ou d'herboriste, est interdit, même en cas de possession, par le même titulaire, des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'est pas applicable aux porteurs actuels de ces deux diplômes.

Toutefois, le médecin peut fournir des médicaments aux malades auprès desquels il est appelé et qui résident à 6 kilomètres au moins de toute pharmacie. Il ne peut délivrer de médicaments aux malades qui viennent le consulter dans son cabinet que si sa demeure est distante elle-même de 6 kilomètres au moins d'une pharmacie.

Les médecins bénéficiant de cette exception ne peuvent avoir officine ouverte ; ils sont soumis à toutes les obligations résultant, pour les pharmaciens, des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

Pour satisfaire au cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à administrer, soit chez eux, soit chez leurs malades, certains remèdes dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique.

. . . . . .

Art. 14. — Les pharmaciens ne peuvent délivrer au public sans l'ordonnance d'un médecin ou d'une personne ayant le droit de la signer : 1° les substances simples toxiques ; 2° les médicaments composés, doués de propriétés vénéneuses, qui sont nominalement désignés dans le décret du 8 juillet 1850, ou qui le seront dans le règlement d'administration publique prévu à l'article 29 de la présente loi ou dans des décrets ultérieurs ; 3° les médicaments simples et composés dont une liste spéciale sera dressée par la commission du Codex.

Mais les pharmaciens peuvent, sans déroger aux lois sur l'exercice de la médecine, librement délivrer, sur la demande de l'acheteur, les autres substances constituant des médicaments simples ou composés.

Les médicaments ainsi livrés devront porter sur l'étiquette le nom scientifique, en outre la désignation commerciale s'il en existe, et la dose de la substance ou des substances actives qui en forment la base, à moins qu'ils ne soient inscrits dans le Codex et vendus sous la même dénomination que celle du Codex.

Sont interdites la vente et l'annonce de toutes substances simples, préconisées comme médicament, qui ne porteraient pas sur l'étiquette l'indication de leur désignation nécessaire, ainsi que de tout médicament composé qui ne porterait pas sur l'étiquette le nom et la dose de la ou des substances actives qui en forment la base.

Art. 15. — Toutes substances, telle que virus atténués, sérums thérapeutiques, toxines modifiées et produits analognes pouvant servir à la prophylaxie et à la thérapeutique des maladies contagieuses ne pourront être débitées à titre gratuit ou onéreux qu'après autorisation du Gouvernement rendue sur l'avis du Comité consultatif d'hygiène publique et de l'Académie de médecine.

Ces produits ne bénéficieront que d'une autorisation temporaire ; ils seront soumis à une inspection exercée par une commission nommée par le ministre compétent.

Les produits seront délivrés au public par les pharmaciens. Chaque bouteille ou récipient portera la marque du lieu d'origine et la date de la fabrication.

Ces prescriptions ne s'appliquent pas au vaccin jennérien humain ou animal.

Art. 16. — L'ordonnance d'un médecin ou de toute personne ayant le droit de signer devra être rédigée de façon à pouvoir être exécutée dans toutes les pharmacies.

Si le pharmacien croit devoir conserver l'ordonnance médicale, il devra en délivrer une copie certifiée conforme.

Toute ordonnance médicale exécutée dans une pharmacie ne sera rendue qu'après l'apposition du timbre de la pharmacie.

En outre, il sera dressé dans le Codex une liste de médicaments dont chaque délivrance ne pourra être faite que sur une ordonnance nouvelle.

. . . . . .

Art. 18. — Les hôpitaux, hospices, bureaux d'assistance et tous autres établissements publics ou d'utilité publique ayant pour objet la distribution de secours aux malades, les Sociétés de secours mutuels, les communautés, les établissements commerciaux et industriels, peuvent être propriétaires d'une pharmacie à la condition de la faire gérer par un pharmacien au profit exclusif du personnel qu'ils secourent ou qu'ils emploient.

Toutefois, dans les cas d'urgence, ils peuvent délivrer des médicaments à un blessé ou à un malade étranger à l'établissement, mais seulement à titre gratuit.

En outre, les établissements publics ou d'utilité publique d'assistance peuvent distribuer gratuitement des médicaments aux malades pauvres, sous la surveillance et la responsabilité du pharmacien qui devra être attaché à chaque établissement où aura lieu cette distribution.

Tout pharmacien sera tenu de fournir aux établissements d'assistance ayant le caractère d'établissements publics et à ceux fondés par l'Etat, les départements ou les communes, les remèdes destinés aux indigents, dans les conditions et aux prix qui seront arrêtés, pour chaque département, par un règlement d'administration publique.

Les hôpitaux et hospices qui vendent actuellement des remèdes au dehors pourront continuer cette vente pendant un délai de dix ans, à dater de la promulgation de la présente loi, à condition de faire gérer leur pharmacie par un pharmacien diplômé.

. . . . . .

Art. 20. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme avec celle de pharmacien ou d'herboriste est puni d'une amende de 100 à 500 francs.

Sont punis de la même peine :

1° Tout pharmacien qui tiendra une officine pour l'exploitation de laquelle il se sera associé, soit avec un médecin, soit avec toute autre personne, contrairement aux prescriptions de l'article 8 de la présente loi ;

2° Le médecin exerçant sa profession et le pharmacien qui, en vue de réaliser un gain, auront exploité en commun un ou plusieurs remèdes ;

3° Tout médecin qui aura contrevenu à l'article 11 de la présente loi.

NOUVELLES

Facultés de médecine. — CONCOURS POUR L'AGRÉGATION DE PATHOOGIE INTERNE ET MÉDECINE LÉGALE. — Voici la liste des candidats admis à participer à ce concours.

Bordeaux. — MM. Hobbs, Monjour.

Lille. — MM. Arnauld, Brunelle, Legay.

Lyon. — MM. Boyet, Bret, Charmel, Chatin, Collet, Ferrier, Frenkel, Pic.

Montpellier. — MM. Basc, Lacaze.

Nancy. — MM. Étienne, Specker, Zilgien.

Paris. — MM. Achard, Barbier, Besançon, P. Blocq, Claisse, Deschamps, Dupré, Duflocq, Foveau, Gaston, Gilles de la Tourette, Girode, Le Dantec, Legry, Lesage, Lion, Mosuy, Renon, Sabrazès, Thiroloix, Thoinot, Vaquez, Widal, Wurtz.

Poitiers. — M. Ausset.

Toulouse. — MM. Daunic, Morel, Rispal.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 1er décembre 1894, sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé. — M. le médecin en chef Guès.

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Nègre.

Au grade de médeein principal. — M. le médecin de première classe Danguillecourt.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Galbrunner.

— Sont promus dans le service de santé : au grade de directeur, le médecin en chef Guès ; au grade de médecin en chef, le médecin principal Nègre ; au grade de médecin principal, le médecin de 1re classe Danguillecourt ; au grade de médecin de 1re classe, le médecin de 2e classe Galbruner.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 30 novembre 1894, ont été désigné pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Ducelliez, pour la direction du service de santé de la brigade d'occupation de Tunisie ; Lemardeley, pour l'hôpital militaire de Rennes (pour ordre) : Schindler, pour l'hôpital militaire de Nice (médecin chef).

MM. les médecins principaux de deuxième classe Crussard, pour l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis (médecin chef) ; Labrevoit, pour l'hospice mixte du Mans (médecin chef).

MM. les médecins-majors de première classe Dumas, pour l'état-major de la place de Marseille ; Maugenot, pour l'hospice mixte de Lunéville (médecin chef) ; H. Collin, pour l'hospice mixte de Vannes (médecin chef) ; Doubre, pour l'hôpital de Maubeuge (médecin chef) ; Lelong, pour le 4e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Leroy, pour le 160e d'infanterie ; Godard, pour le 45e d'infanterie ; Jarry, pour le 58e d'infanterie ; Mathelin, pour l'hôpital de Belle-Isle-en-Mer ; Renard, pour le 135e d'infanterie ; Stouff, pour le 88e d'infanterie ; Ducros, pour le 20e dragons ; Lécuyé, pour le 11e cuirassiers ; Buot, pour le 21e chasseurs.

MM. les médecins aides-majors de première classe Apard, pour le 37e d'artillerie ; Cavalier-Benezet, pour le 15e dragons ; Lescure, pour l'hôpital militaire de Bordeaux (pour ordre) ; Visbecq, pour le 155e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Jirou, pour le 5e hussards.

Distinctions universitaires. — M. le Dr Lacaze (de Mondabus) ; MM. Chailloux, interne des hôpitaux de Paris ; Louis Martin, interne des hôpitaux de Paris, préparateur à l'Institut Pasteur ; Mme Daussoir-Kerleux, surveillante du pavillon de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades à Paris, sont nommés officiers d'académie.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Service de M. le professeur Fournier. — M. le Dr Louis Wickham, chef de clinique, fera le jeudi 3 décembre à 2 heures, salle Henri IV, à l'occasion de l'Enseignement clinique annexe des stagiaires, des Démonstrations pratiques (présentation de malades, diagnostic et traitement), et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Nécrologie. — Le Dr MOREL (Emile), de Paris, décédé le 28 novembre à l'âge de 41 ans. — Le Dr GASSOT père de Chevilly (Loiret), décédé le 16 novembre à l'âge de 76 ans. — Le Dr REYNAUD, de Nîmes, reçu en 1866. — Le Dr GUENEAU (Pierre) ancien maire de Nolay, conseiller général et député de la Côte-d'Or, décédé le 30 novembre, à l'âge de 41 ans. — Le Dr ROUILAND père, de Niort, reçu en 1860. — Le Dr MONIER, rue de Montmorency, à Paris, reçu en 1885. — Le Dr BÉNAC, médecin du steamer français *Colonia*, mort au Hâvre dans sa cabine, asphyxié par la fumée qui s'échappait d'un chargement de coton dans lequel un incendie s'était déclaré.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis iconographique d'anatomie normale de l'œil (globe oculaire et nerf optique), par le Dr ROCHON-DUVIGNEAUD, ancien interne des hôpitaux, ancien chef du laboratoire d'ophtalmologie à l'Hôtel-Dieu, chef de clinique ophtalmologique de la Faculté. In-8 raisin de 136 pages, 23 figures. — Prix : 5 francs, broché ; 6 francs, cartonné à l'anglaise ; 7 fr. 50, reliure souple, peau pleine, cuir vert. — Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Traité élémentaire de clinique thérapeutique, par GASTON LYON, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. — Un volume grand in-8° de 966 pages. Prix : 15 francs. — G. Masson, éditeur.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (viande quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde. Menstruations douloureuses. Rachitisme. Affections scrofuleuses. Diarrhée.**

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*